FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1910

PARA SER DEFENDIDA POR

Elysio Mendes Pires de Albuquerque

Filho legitimo de

Anselmo Pires de Albuquerque

e

Prof. D. Elysa Mendes de Albuquerque

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

Ex-interno do Hoopital Santa Isabel, Ex-interno da 2.ª Cadeira de Clinica Medica

(RESERVISTA DO EXERCITO)

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

Doutor em Medicina

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Medica

PRINCIPAES FORMAS CLINICAS DA HEMICRANIA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias Medico-Cirurgicas.

BAHIA

Typographia S. José

Rua do Corpo Santo n. 66

1910

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Diretor—Dr. AUGUSTO C. VIANNA
Vice-Diretor—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

LENTES CATHEDRATICOS

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.a SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.a
Antonio Pacifico Pereira	Histologia normal.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas.
	3.a
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Terapeutica.
	4.a
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
	5.a
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica 2.ª cadeira.
	6.a
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
João Americo Garcez Froes	Clinica Propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica Medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica 2.ª cadeira.
	7.a
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e arte de Formular.
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica Medica.
	8.a
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.a
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica.
	10.a
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11.a
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermathologica e syphiligraphica.
	12.a
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade.
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

LENTES SUBSTITUTOS

OS DOUTORES

José Affonso de Carvalho	1.ª	Pedro da Luz Carrascosa e	
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª	J. J. de Calasans	7.ª
Julio Sergio Palma	«	J. Adeodato de Souza	8.ª
Pedro Luiz Celestino	3.ª	Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª
Oscar Freire de Carvalho	4.ª	Clodoaldo de Andrade	10.
Caio O. F. de Moura	5.ª	Albino Leitão	11.
Clementino da Rocha Fraga	6.ª	Mario Leal	12.

Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Principaes formas clinicas da Hemicrania

In tenui labor at tenuis
non gloria.

VIRGILIO GEORGICAS L. IV 6

I

DAS HEMICRANIAS

Definição.—*Hemicranias* são os syndromas paroxysticos, em geral periodicos, essencialmente caracterisados por uma cephaléa, ás mais das vezes unilateral, e por nauseas, de ordinario seguidas de vomitos. Ellas podem se acompanhar de perturbações variadas, sobre tudo sensoriaes (phenomenos oculares, vertigens), excepcionalmente motoras (paralysias transitorias e aphasia).

II

FORMAS CLINICAS

DA HEMICRANIA VULGAR (MICRAINE)

Historico.- Affecção muito commum, mas não offerecendo, em geral, ao observador, senão phenomenos objectivos pouco caracteristicos, a hemicrania vulgar, *migraine* ou enxaqueca tem sido por muito tempo confundida com as diferentes formas de cephalalgia.

Os autores antigos, descrevendo a hemicrania, confundiam-na com a nevralgia facial e as cephaléas symptomaticas. Se Hippocrates não a menciona, Arété parece a ter assignalado sob o nome de *heterocrania*.

Galeno, sem precisar a symptomatologia desta affecção, ensaia fixar a sua pathogenia.

Passaremos rapidamente sobre as obras medicas da idade media e da Renascença, puros trabalhos de compilação: as descripções, muitas vezes confusas, parece referirem-se ás cephalalgias muito differentes da hemicrania e as theorias pathogenicas não são mais do que reflexo das doutrinas de Galeno.

E' somente no começo do seculo XVIII (1726) que Wepper isola nitidamente a nevralgia facial das cephaléas. Entretanto, é preciso chegar até Tissot (fim do seculo XVIII), que resume com claresa os trabalhos anteriores, para achar um ensaio de pathogenia.

Este autor mostra as relações da hemicrania com certas nevroses convulsivas (asthma, epilepsia) e defende sua origem gastrica.

No seculo seguinte a delimitação do syndroma torna-se precisa; os autores descrevem não uma, mas differentes hemicranias, sob o ponto de vista clinico e pathogenico.

Das theorias mais adequadas, baseadas sobre factos physiologicos, nos occuparemos mais adiante.

No começo deste seculo, a hemicrania era encarada de um modo bem distincto e, desde então, ha occupado lugar importante em nossos quadros nosologicos, mas, graças aos progressos da physiologia moderna, é que se tem chegado a uma concepção, pelo menos racional, da molestia.

SYMPTOMAS.—Os prodromos são em geral variaveis, porém sempre os mesmos para cada individuo.

Podem escapar, quando a hemicrania se annuncia, á observação mais attenta e entrar até nos dous quadros de excitação ou de depressão. Ora o individuo experimenta fadiga, um mal estar geral, ao despertar, peso na cabeça, fadiga physica e intellectual, sente pandiculações, horripilações e vagas sensações de frio; outras vezes, é, no dominio das funcções psychicas, que se revelam os signaes precursores do mal O doente é tomado de uma tristeza sem justificação, caracterisada por um verdadeiro estado de atonia physica e moral. Em outros casos, ao contrario, o individuo experimenta uma sensação de bem estar exagerada, de vivacidade intellectual maior, uma

irascibilidade, com a qual elle não está habituado.

A's mais das vezes, manifestam-se perturbações das vias digestivas, como sejam, *nauseas, salivação, vomitos, anorexia, aversão pelos alimentos e bebidas*, ou então o doente experimenta uma fome desusada, um desejo de comer inteiramente fora do commum. Egualmente frequentes são as perturbações sensoriaes (hemiopia, zumbidos de ouvido, vista menos nitida); as perturbações motoras (comichões, espasmo, contrações fibrilares dos musculos do pescoço), as perturbações sensitivas (adormecimento no dedo minimo, subindo para o braço, na região cervical, na lingua): notam-se mais os signaes vaso-motores (manchas rubras acima do supercilio), ás vezes pollakiuria e erecções no homem. Todos estes phenomenos não tardam a se dissipar pouco a pouco. Muitos delles podem falhar completamente.

Crise.--A *cephaléa* é a manifestação inicial: ora é uma sensação diffusa de tensão intracraneana, ora um ponto doloroso fixo, que rapidamente apparece. Ella adquire uma inten-

sidade progressiva, ao ponto de, ás vezes, deixar o paciente em estado de morte apparente. Em geral unilateral, ás mais das vezes localisada á esquerda, a dôr pode, brusca durante um ataque, mudar de lugar, segundo os dous grandes meridianos, antero-posterior e transversal, da abobada craniana.

A zona dolorosa, de ordinario, está na região frontal ou na temporal e mais frequentemente, na parietal e sub-orbitaria (Hosegue, James, Clarke). Quando a dôr, muito raramente, occupa todo o hemicranio, é de notar que ella conserva seu maximo de intensidade do lado primitivamente invadido.

Certos individuos accusam dores nos olhos e no fundo das orbitas. As comparações empregadas pelos doentes, para explical-as, são as mais variadas: uns fallam da sensação de uma verruma penetrando-lhe no craneo; outros se queixam de martelladas continuas nos ouvidos, de picadas de agulha, de compressão ou fragmentação da cabeça, de disjunção dos ossos. Em outros, emfim, a dôr, que não é lancinante, vem por golpes regulares, produzindo uma sensação de agitação intra-craneana.

Em geral, ella se manifesta do mesmo modo, nos mesmos individuos.

Sob a influencia da dôr, levada a um certo gráo, veem-se nascer symptomas, indicando participação de toda a economia. O humor muda; o doente torna-se triste, taciturno, indifferente a tudo que o cerca; foge do ruido e da luz. A menor acção lhe é penosa; a propria palavra lhe sae a contra gosto dos labios, sendo frequente procurar um lugar escuro e tranquillo, tendo a cabeça apoiada nas mãos, emquanto a dôr o absorve.

Quando chega ao periodo agudo, raramente a victima pode ficar de pé. Procura allivio em posição, horisontal, que ordinariamente lhe faz recrudescer o soffrimento; entretanto, condemnado a uma dôr maior, considera-se feliz, em poder poupar o menor esforço. Esse estado de desfallecimento não é sempre tão pronunciado e ha doentes que, durante um accesso moderado, continuam a circular e procuram até uma occupação qualquer, como attenuante ao seu soffrimento.

As perturbações gastro-intestinaes constituem o segundo signal importante do accesso da

hemicrania. Diz-se muito justamente que ellas lembram os accidentes do enjôo: vão do simples bocêjo e da nausea ás eructações e aos vomitos quasi incoerciveis. Os antigos autores (Titossot, Pisson) distinguiram os vomitos do começo ou *convulsivos*, provocados pela intensidade da dôr, dos vomitos terminaes, uteis ou *criticos*.

Depois de numerosas absevações (409) Mangelsdorf assignalou um augmento constante de todos os diametros no curso da crise da hemicrania. Depois das alternativas de distenção e de estreitamento, volta esse orgão ao estado normal.

Actualmente não se conhece, com precisão, a formula do chimismo gastrico, no curso do accesso. O tubo digestivo parece compromettido em todas as suas porções.

Existe, muitas vezes, a *constipação*, e o fim do accesso é marcado pelo desejo de defecar. Por esses phenomenos, os mais accessiveis para observação, muitos autores affirmam que a hemicrania é uma affecção puramente do estomago.. (Jaquet e Jourdanet) *As perturbações nervosas*, apezar de serem menos frequentes,

que as perturbações gastro-intestinaes, não deixam de ser tambem muito importantes.

No dominio dos orgãos dos sentidos, os zumbidos de ouvido, a hyperacusia, a hyperestesia, as comichões ascendentes, já assignaladas nos prodromos, e as perturbações oculares variadas são muito communs. Tem-se notado tambem phenomenos motores, ás vezes, mesmo, verdadeiras convulsões e, emfim, a aphasia, seja simples aphasia de expressão, sem perturbação da ideação, seja aphasia total de expressão e de comprehensão. As perturbações da linguagem coincidem, por vezes, com uma hemiplegia transitoria. As perturbações vaso-motoras têm sido mais estudadas, embora não sejam observadas em todos os doentes.

Neste assumpto contradizem-se os tratadistas. Emquanto os inglezes consideram-nas como insignificantes, os allemães, ao contrario, imbuidos de idéas pathogenicas, que analysaremos mais tarde, lhes atribuem um papel preponderante. Estes distinguem dous typos de hemicrania: 1.º a *hemicrania branca* ou *sympathico-tonica*, na qual a face torna-se pallida e fria, as pupillas ficam dilatadas e as temporaes

duras e sinuosas. 2.° a hemicrania vermelha ou *sympathico-paralitica*, caracterisada pelo rubôr da face, das orelhas, com a elevação de temperatura local e os signaes geralmente observados, depois da secção do sympathico, isto é, exophtalmia, lacrimejamento, com rubôr conjunctival, myosis. Indo mais longe, certos clinicos (Jaccoud), tem querido associar estreitamente estes dous typos de hemicrania e consideram nos accessos duas phases — uma que traduz a excitação, outra a paralysia do sympathico. No entretanto, no dizer de Thomas, as perturbações vaso-motoras não são muito constantes, porquanto só tem sido notadas 37 vezes, em 92 casos.

As perturbações urinarias, no decurso da hemicrania, tem sido, até a presente hora, pouco estudadas. Guido Guidi, duas vezes durante um accesso, apenas observou glycosuria, desapparecendo esta sob a influencia do tratamento, bem como a hemicrania.

As perturbações cacteristicas da hemicrania branca augmentam pela compressão da carotida correspondente, ao passo que diminuem, quando é comprimida a sua similar do lado opposto.

Marcha, duração, terminação

A Hemicrania é sobretudo uma affecção diurna. Começa geralmente pela manhã, ao despertar, ganhando o seu maximo de intensidade ao meio dia, para terminar, quasi sempre, á noite; á duração dos accessos não offerece limites fixos, entretanto, de ordinario, comprehendem, a maior parte do dia, raramente passando d'ahi.

Os accessos, que duram dous ou mesmos tres dias (já tem sido observados alguns que terminam no quinto dia), formam, na opinião do professor Jaccoud, uma serie de accessos, que são apenas continuação do primeiro, porque, como elle tem observado, é excepcional que, á noite, não haja pelo menos uma melhora relativa.

A epoca dos accessos é ainda mais difficil de determinar. Em alguns doentes, notam-se raras investidas, sendo, a intervallos muito irregulares; em outros, os accessos apresentam-se sem causa conhecida, com uma frequencia insolita.

Tem-se observado accessos, de tres em tres mezes, de quinze em quinze dias. E' raro observarem-se doentes attingidos todas as semanas e que saibam predizer a volta dos seus accessos.

A periodicidade é, ás vezes, notavel em certos individuos (hemicraniados horologicos).

Ha individuos que apresentam accessos subintrantes (Feré), mas, muitas vezes, os paroxismos são separados por intervallos variaveis e reapparecem sob a influencia de causas occasionaes, as mais diversas.

Alguns autores, dentre elles Dieulafoy, dividem o accesso da hemicrania em phases successivas, que enumeram do seguinte modo: periodo inicial, ou *phase prodromica,* no qual predominam os symptomas de depressão e de excitação; *segundo periodo,* em que a cephaléa apparece e attinge seu maximo de intensidade, aonde se colloca o cortejo de symptomas já mencionados, e, finalmente, o *terceiro periodo*, ou phase de terminação, no qual a cephaléa e o estado nauseoso tornam-se menos intensos, até se extinguirem, entrando o paciente num somno reparador.

Immediatamente depois do accesso, certos

individuos apresentam melhoras subjectivas do seu estado geral, que logo diminuem até nova hemicrania.

Gübler affirma que certos doentes são levados a desejar o reapparecimento de suas crises. A este proposito, não é inutil lembrar a comparação imaginada por Liveing, considerando a hemicrania «como uma verdadeira erupção vulcanica, vindo desembaraçar, de tempos a tempos, o systema nervoso de um excesso de tensão adquirida pela força nervosa». Entretanto um certo numero de perturbações tem sido assignalado: *epistaxes* (Gübler) *sudações locaes*, limitadas de ordinario nas extremidades dos membros inferiores, *rhinorrhéa unilateral*, *sialorrhéa*, *lacrimejamento*, constituindo os chamados phenomenos criticos. Notam-se igualmente as alterações das feições, consecutivas á contracção habitual da physionomia, sob a influencia da dôr, o emagrecimento do temporal,o embranquecimento prematuro dos cabellos. Gübler lembra o caso de um doente, onde os cabellos apresentavam zonas aternativamente brancas e pretas. A affecção, feita a abstração dos accessos, offerece uma marcha chronica,

podendo acompanhar um individuo durante grande parte da sua existencia e não se dissipar, ás vezes, a despeito de todo o tratamento, senão quando chega a velhice.

Na mulher, chegada á epoca critica, os accessos diminuem de violencia e mesmo desapparecem.

III

HEMICRANIA OU ENXAQUECA OPHTALMICA

Assignalada, pela primeira vez, por Vater (1723), estudada na memoria de Piorry (1835), e bem descripta, sobretudo, por Galezowski, manifesta-se, de preferencia, nos antigos hemicraniados (Galezowski) ou substitue a hemicrania vulgar; em outros casos, ella é hereditaria e ataca creanças, que procedem de paes hemicraniados. Os accessos são, muitas vezes, provocados por um trabalho intellectual prolongado. Na sua forma mais simples, traduz-se pelo *escotoma scintillante*, binocular, na maioria dos

casos. No campo visual apparece uma mancha sombria, que se aureola de luz, cujos limites são irregularmente retalhados em *zig-zag*.

Esta zona luminosa reveste a apparencia de uma roda de fogo dentada, que seria animada de rapido movimento de rotação. Esse phenomeno dura de alguns minutos a uma meia hora. O arco scintillante vae se alargando, até attingir o limite do campo visual, no momento da sua desapparição. A apparencia do escotoma é sempre uniforme, no mesmo individuo. Outros apresentam *phosphainas luminosas*, linhas ora brancas, ora amarellas, vermelhas, azues ou phosphorecentes, que se combinam com o escotoma. « A hemiopia, diz Galezowski, é monocular ou binocular, algumas vezes lateral e em outras occupando a metade superior do campo visual.

Na forma binocular, o campo visual perde-se ora na metade direita, ora na esquerda, dos dous olhos. A vista completamente desapparece na metade do campo visual; comtudo a acuidade visual conserva-se quasi normal fora dos accessos. Essa hemiopia é apenas passageira; só dura 30 ou quarenta minutos,

dissipando-se em seguida completamente. Algumas vezes, nota-se que ella se transforma em *cegueira* completa de curta duração; em outros casos, vem seguida de uma fraqueza da vista, que se prolonga até o fim do dia.

A hemiopia pode apresentar-se duas ou tres vezes por semana e neste caso sobrevem perturbações da vista, asthenopia quasi permanente, o que viva e profundamente difficulta todo o trabalho.

Escotoma, phosphainas, hemiopia, podem-se manifestar isoladamente. Não obstante, Galezowski vira tres vezes o escotoma central se transformar em uma hemiopia. Emquanto sobrevêm essas perturbações, o exame do olho revela dilatação ou estreitamento pupilar, ás vezes, uma côr escarlate no fundo do olho ou pelo contrario anemia papilar.

O doente queixa-se de uma sensação de tensão ocular e accusa dòres nevralgicas, ao nivel do globo ocular, analogas áquellas do glacoma agudo. Em pouco tempo, a dôr ophtalmica difunde-se e toma caracteres de hemicrania vulgar, não raro tambem apparecem phenomenos cerebraes diversos, identicos áquelles,

que podem acompanhar a hemicrania vulgar, porém mais frequentes na hemicrania ophtalmica; emfim, nauseas e vomitos terminam o accesso. Sem duvida, esse syndroma completo pode ser trocado por uma hemicrania ophtalmica frusta, onde só se manifestam as perturbações visuaes. Em outros individuos, os accessos são dissociados e revestem alternativamente a forma ocular e dolorosa.

IV

HEMICRANIA OPHTALMOPLEGICA

Esta variedade, chamada ainda paralysia oculo-motora periodica, foi descripta, pela primeira vez, por Charcot (1890).

Ella *é propria da mocidade.*

Após a dôr, em geral super-orbitaria, vem bruscamente, depois de 24 á 36 horas, e, do mesmo lado, uma paralysia, em geral, completa, do terceiro par, traduzindo-se por ptosis, estrabismo, mydriase, diplopia cruzada e abolição absoluta da accommodação. Esta paralysia dura até duas semanas. As manifestações acima allu-

didas têm por caracter voltar todos os mezes, aproximando os accessos, á medida que a molestia marcha para a chronicidade.

Admitte-se que, em casos excepcionaes, a affecção pode terminar-se por uma paralysia do môtor ocular commum.

V

HEMICRANIA NEVRALGICA

Não somente nas relações etiologicas entre as hemicranias e as nevralgias, mas tambem, sob o ponto de vista clinico, se assignalam typos intermediarios; por isto é que se explica certos autores terem confundido as duas affecções. (Schwan) — Walleix não as deixara passar despercebidas.

«Nos individuos sujeitos a nevralgias de differentes partes do corpo, os ataques de hemicrania voltam, de tempo, em tempo, se as dôres começam por um dos pontos seguintes:

a parte interna do supercilio, a bossa parietal, o angulo inferior do temporal, se estendendo logo ao lado da cabeça e tornando-se muito violentas. Accusam então uma sensibilidade em toda a parte affectada, porem sempre mais consideravel nos lugares, de onde as dôres partiram mais recentemente.»

Putnam occupa-se de nevralgias enxaquecas do ophtalmico.

VI

ETIOLOGIA

Distinguiremos, no estudo das causas das hemicranias, as que predispõem e as que determinam a apparição dos accessos, estas ultimas não podendo agir senão sobre um terreno sufficientemente preparado.

E' relativamente mais frequente encontrar-se a hemicrania na clientéla particular, do que na hospitalar.

Causas predisponentes. Na primeira ordem das causas predisponentes deve-se collocar a *hereditariedade*.

Essa influencia, admittida por todos os autores, não é ignorada pelos doentes. Se ha publicado casos de hereditariedade directa, onde a transmissão é feita, ás mais das vezes, de mães á filhos (Romberg, Symuands, Eulemburg). Esse fatal privilegio de transmittir aos descendentes uma vulnerabilidade, toda especial, pertence tambem ás molestias nervosas, as diatheses, que passam a justo titulo por hereditarias.

Relativamente á *idade*, pode-se dizer que a hemicrania é mais frequente durante os periodos activos da vida.

Ataca sobretudo a idade adulta; é raro, com effeito, observar-se na infancia; é excepcional nos velhos.

Se, como diz Tissot, é verdade que aquelles que não tiveram, até os 25 annos, não a terão jamais, não menos certo é que os hemicraniados deixam de tel-a depois dos sessenta annos.

Em relação ao *sexo*, a mulher é sobretudo mais predisposta, do que o homem (cinco mulheres para um homem, segundo Eulemburg). A' sua organisação mais delicada, á sua impressionabilidade maior, a mulher junta ainda todas

as causas de perturbação inherentes ás grandes funcções da menstruação, da prenhez e do aleitamento. Tem-se visto a hemicrania apparecer na epoca da puberdade, voltar regularmente cada mez com as *regras* e desapparecer na menopausa. No entretanto, esta coincidencia pode faltar, por isso que ha pacientes que experimentam taes accessos, fora dos periodos menstruaes.

Existem causas que affectam mais especialmente ao homem, e, sem fallar das mil preoccupações, que vão assaltal-o a todos os momentos da vida, todos sabem que as profissões dictas liberaes fornecem largo contingente á hemicrania. Os medicos, os advogados, os homens de lettras, os que são obrigados a pensar ou a escrever, são frequentemente sujeitos a esse mal. E' inutil dizer que os individuos, que não são tarados para esta manifestação morbida, estão fóra deste quadro.

Muito naturalmente deve-se collocar *o temperamento nervoso* entre as condições favoraveis á producção da hemicrania. A hypochondria e a hysteria figuram, com larga parte, na etiologia da hemicrania.

Existe uma outra ordem de causas, que, para muitos autores, têm uma acção preponderante ou exclusiva: *as perturbaçõcs gastricas.*

Jacquet e Jourdanet, na etiologia da hemicrania, colloca as perturbações digestivas no primeiro plano. Dizem: «La hemicranie est une crise d'hyperesthésie objective de la substance cérébrale et en particulier du cortex, avec irradiations nerveuses variables, le tout sous la dependance de l'excitation emanée d'organes divers, au premier rang desquels figure l'estomac surirrité».

A sua acção exclusiva não é acceita por grande numero de autores (Jaccoud, M. M. Fernand Levy, Paul Baufle e outros).

Em resumo, de todas as causas predisponentes, que se tem invocado e que são numerosas, não vemos nenhuma, em que sua acção se affirme de uma maneira absoluta e constante. Isso quer dizer que, a nosso ver, a etiologia da hemicrania está envolta ainda em grande obscuridade.

Causas determinantes. A affecção uma vez constituida, causas numerosas e variadas po-

dem provocar os seus accessos. Seria fastidioso indicar aqui todas as circumstancias, que podem servir de pretexto a um accesso de hemicrania, ou que os doentes acreditam poder invocar. Numa enumeração desse genero, nos arriscamos, alem de tudo, a ser incompleto.

Cada doente conhece uma ou diversas causas efficientes, que lhe são particulares. Da mesma sorte que, num hysterico, vemos, ás vezes, motivo, o mais futil, provocar um ataque, da mesma maneira impressões de ordem physica ou moral podem concorrer para despertar, nos individuos predispostos á hemicrania, accessos dolorosos. A menor infracção ás regras de hygiene, a menor mudança de habitos antigos, pode provocar, em certas pessoas, a hemicrania. A mudança de um logar para outro, a estada em um lugar, onde a situação metereologica é differente d'aquella em que o individuo vive, podem tambem dar lugar á hemicrania. Emfim, um trabalho de espirito muito prolongado, a privação do somno, as emoções, tanto as que motivam alegria quanto as que provocam tristeza, taes são, entre outras, as causas determinantes, mais simples, senão mais frequentes.

Como a hemicrania está em relação com as manifestações, ditas arthriticas, tem sido considerada como um dos estigmas da diathese.

Liveing (citado por Thomas) colloca, no mesmo grupo natural, a *epilepsia*, a *vertigem epileptica*, a *laryngite estridulosa*, a *asthma*, a *angina do peito* e a *hemicrania*.

A hereditariedade une todas estas molestias; ellas não se desenvolvem senão num certo periodo da vida; affectam sobretudo um sexo; são todas paroxysticas e periodicas; seus ataques são produzidos pelas mesmas causas efficientes. Podem se transformar umas nas outras (metastases).

Tissot pensa que «é uma infelicidade não se ter a hemicrania, porque, muitas vezes, um outro accidente da mesma familia a substitue».

Trousseau é da mesma opinião.

Alem do terreno arthritico, um certo numero de autores admitte que uma lesão local é necessaria para provocar o accesso.

Os inglezes, em particular Clifford Albut, têm feito depender a hemicrania de uma *affecção gastro-hepatica*. Mais recentemente, Jacquet e Jourdanet têm attrahido a attenção para a

tachyphagia, ou rapidez da mastigação, que, para elles, é o factor etiologico mais importante.

Tem-se pretendido igualmente que a hemicrania é causada por certas affecções chronicas das fossas nasaes (Hack, Renous) e das molestias do apparelho visual, como o astigmatismo (Sinclair, Martim, Gessop) O que não é difficil é encontrar, na origem de cada accesso, uma causa occasional provocadora, em geral sempre a mesma, para o mesmo individuo.

Não podemos deixar de assignalar, aqui, que, neste tempo de endocrinologia, até insufficiencias glandulares se hão tornado responsaveis pela hemicrania, bem como muito se ha escripto sobre hemicranias ovarianas e hemicranias thyroidianas (Léopold Leby e H. Rothschild).

VII

PATHOGENIA

Podem-se agrupar em tres ordens as theorias, que pretendem explicar a hemicrania.

I Origem encephalica

A hemicrania é uma *nevralgia cerebral*: é a opinião de Romberg, Calmeil, Leubuscher, Liveing.

Essa theoria tem poucos adeptos hoje, bem que não seja tão irracional, como pareça, á primeira vista. Axenfeld affasta-se della, admittindo

que o cerebro não é sensivel. A seu ver, o que é verdadeiro, ao ponto de vista experimental, para o cerebro são, pode ser inexacto para um cerebro doente. Essa theoria pode explicar certos symptomas da hemicrania, taes como a dôr, que parece profunda e não superficial, como succederia numa nevralgia. De outro lado, entre os symptomas, uns parecem revelar directamente o soffrimento cerebral e outros parecem ser irradiações sympathicas dessa mesma affecção central (perturbações visuaes, auditivas).

O lugar de origem da hemicrania não está sempre no mesmo orgão, que, durante os accessos dessa nevrose, apresenta signaes funccionaes os mais differentes. Baseando-se nas pesquizas de Bounier, Leopold Levi considera a hemicrania como «um *syndroma bulbo-protuberancial*» tendo por pontos de partida os nucleos do quarto ventriculo.

II Origem periferica

A hemicrania è uma nevralgia do trigemeo, sendo esta a opinião sustentada por Chaussier, Pinel, por Wepper e Tissot, que consideram-na

de localisação super-orbitaria. Eulemberg faz tambem della uma nevralgia do quarto par, mas admitte que os unicos interessados são os filetes intra-cranianos desse nervo, que vão ter á *dura mater* (nervo recurrente de Arnold, nervo satellite da arteria meningèa media, nervos espinhaes de Luschka). Austie vae mais longe, em seu *Ensaio pathogenico,* fazendo-a depender de uma irritação molecular atrophica das raizes do trigemeo.

Brissaud diz que a molestia não tem senão «analogias com a nevralgia do trigemeo» e acredita, com Eulemberg e Thomas, que «a hemicrania è uma nevralgia diffusa dos filetes intra-cranianos do trigemeo.»

III Origem sympathica

A hemicrania reconhece por causa uma irritação do grande sympathico. A. Dubois-Reymond (1860) colloca no sympathico cervical o ponto de partida da hemicrania: para elle, *é a excitação deste cordão nervoso que determina o accesso de hemicrania.*

Apresenta, para corroborar esta opinião, di-

versos argumentos. 1º No decurso da crise, notam-se perturbações, que se podem realisar experimentalmente, por excitatação do sympathico cervical: dilatação pupillar; anemia e pallidez da face; batimentos energicos da arteria temporal, que se sente sinuosa e rigida sob o dedo.

Todos estes phenomenos indicam que a musculatura dos vasos da região affectada está em estado de contracção permanente. 2º E' igualmente esta tetanisação das fibras musculares, que permitte explicar os grandes symptomas da hemicrania, isto é, a *dôr*, que resulta da sensação penosa provocada pela contração dos vasos: as *nauseas* e os *vomitos*, resultado das oscilações da pressão sanguinea intra-encephalica: as *perturbações visuaes e auditivas*, provenientes dos phenomenos vaso-motores que se produzem pela contractura das arteriolas, a ischemia do nervo correspondente.

Quanto aos signaes passageiros de *entorpecimento, com paresia do braço, da perna e aphasia*, seriam devidos a predominancia da anemia localisada ao nivel da terceira circumvolução frontal esquerda.

Entretanto, tem-se objectado a esta theoria que os phenomenos observados, do lado do apparelho da visão, não correspondem á excitação do sympathico. Com effeito, o olho è menor; o globo ocular parece mais enterrado na orbita; a conjunctiva è mais vermelha, phenomenos estes que indicam a paralysia do sympathico cervical. (Hollendorf).

«A falta de concordancia entre os phenomenos vaso-motores do olho e os da face não se pode explicar, de nenhum modo, pela acção isolada do grande sympathico. Nesta hypothese, comprehende-se muito bem como os constrictores vasculares de uma região determinada, a face, por exemplo, podem ser excitados no seu ponto de origem na medulla, o que produz anemia local e a pallidez, emquanto para a região visinha, para o olho, por exemplo, são os nervos dilatadôres que são excitados no seu centro medullar, o que produz a congestão local e o rubôr.»

Basta, para explicar a diversidade dos phenomenos vaso-motores, nos differentes casos, admittir que a medulla è excitada em dous pontos differentes. (Axenfeld)

O ponto de partida da hemicrania seria assim no sympathico cerbical, mas nesta parte da medulla designada por Budge e Haller, sob o nome de *centro cilio-espinhal.* Brümer faz notar que a pressão, na apophyse espinhosa dorsal, é muitas vezes dolorosa no curso do accesso.

Mallendorf admitte tambem a origem sympathica da hemicrania, mas sustenta uma opinião toda opposta á de Dubois-Reymond.

Para elle ha paralysia do sympathico cervical, sustentando igualmente serios argumentos, para a sua maneira de ver. Tem certificado, com effeito, em certos casos:

A contração da pupilla; uma injecção perikeratica manifesta; dilatação das arterias e das veias da retina e da choroide.

Faz ainda notar que, contrariamente á opinião de Dubois Reymond, a compressão carotidiana do lado da hemicrania diminue a dôr, porque ella luta contra a hyperemia vascular, consequencia da vaso-dilatação paralytica. Esta hyperemia encephalica, segundo o autor, a diminuição do pulso observado, diversas vezes (56-48); a irritação da medula allongada, que provoca, reage sobre o pneumogastrico.

Os factos levados em apoio destas duas theorias oppostas são certamente exactos e parece difficil adoptar uma dellas com a exclusão da outra. Assim Jaccoud admitte a existencia de duas variedades distinctas, no ponto de vista clinico, como no ponto de vista pathogenico: a hemicrania sympathico-tonica e a hemicrania sympathico-paralytica.

Acredita, de outro lado, que estas duas phases podem se encontrar no curso de um mesmo ataque; haveria primeiramente *excitação*, depois *paralysia* do sympathico. «O accesso da hemicrania é constituido por uma excitação anormal do sympathico, seguida de uma paralysia por esgotamento, que marca o declinio e termo do paroxismo.»

Se se admitte que um grande numero de perturbações sensoriaes, digestivas, musculares, genitaes, glandulares, são capazes de provocar o accesso da hemicrania, a que theoria nos devemos arrimar para explicar a dôr?

Qual das duas, do trigemeo ou do sympathico, é a causa?

Ou a hemicrania traduz simplesmente a reacção de certos centros sensitivos do ence-

phalo? Actualmente não se poderia responder melhor que Axenfeld a estas diversas questões:

«As theorias vaso-motoras, diz elle, explicam um grande numero de phenomenos observados em um accesso de hemicrania, mas nós temos visto tambem que ellas não as explicam completamente porque os signaes da hemicrania são variaveis. Se se observa, com cuidado, as perturbações oculo pupilares em relação com a excitação ou a paralysia do sympathico, não se pode affirmar que o trigemeo seja absolutamente passivo neste concerto de symptomas, que caracterisam a hemicrania e que o cerebro não gosa um certo papel neste estado morbido, o que tem feito Carmeil dizer que a hemicrania consiste numa dupla lesão do systhema central e periferico e que ella deve figurar no numero das nevroses cerebraes, como a hysteria e a epilepsia.

Tem-se, para explicar a hemicrania, invocado perturbações da circulação encephalica; no caso de ophtalmoplegica, no bulbo estará a causa.

Mas tem-se tambem considerado a hemicrania ophtalmoplegica como uma hemicrania

simples, causa efficiente da paralysia do oculo motor.

Segundo esta theoria, (Plavec) ambas são affecções da base do encephalo, devidas muito provavelmente a uma turgencescencia periodica da hypophyse, submettida a influencias vaso-motoras auto-reguladoras especiaes.

E' uma anti-intoxicação, que determinaria uma deslocação lateral ou uma deformação da glandula. Na hemicrania simples, a hyperemia seria, pois, activa, então haveria estase venosa na forma ophtalmoplegica.

VIII

DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO

O accesso da hemicrania typíca não apresenta nenhuma difficuldade de diagnostico. Mas é preciso saber que, nos hemicraniados, se pode observar uma serie de syndromas dolorosos, a qual é necessario differenciar da hemicrania vulgar. E' o caso, por exemplo da *nevralgia facial*, que, nós temos visto, apparece, muitas vezes, sobre um terreno de hemicrania. As duas affecções hão, finalmente, sido muito tempo confundidas.

A nevralgia provoca «uma dôr, que arranca

gritos e faz saltar o individuo. Na hemicrania a dôr é roente, continua, é por assim dizer, uma onda de dôr. E' preciso observar que as difficuldades de interpretação não se apresentam senão quando se trata de nevralgias interessando o ophtalmico de Willis ou os ramos temporaes do mascilar inferior.

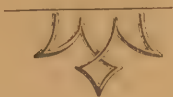
As *cephaléas symptomaticas* de uma molestia geral ou de uma affecção localisada do encephalo confundem-se difficilmente com a hemicrania.

A *cephaléa syphilitica* do periodo secundario é geralmente noturna; não constitue um accidente isolado e, emfim, cede ao tratamento especifico.

A *cephaléa dos tumores encephalicos* poderia mais facilmente se impor.

Com effeito, a ella sobrevêm ordinariamente nauseas, vomitos, vertigens, quando faltam os symptomas de localisação, o diagnostico seria delicado, se a cephaléa não tivesse a tendencia de se tornar continua. De outro lado, a demora do pulso, muito commum; a estase papillar quasi constante nas neoplasias cerebraes, permittirão, uma vez confirmadas, evitar o erro.

Não mensionaremos senão, de memoria, a cephaléa dos brighticos, dos arterio-esclerosos, dos entericos, dos neurastenicos que só tem analogias muito affastadas com a hemicrania. Conclue-se claramente de tudo que nós vimos de dizer que a hemicrania, por ella mesma, é sempre sem perigo.

Muito penosa em certos casos, não compromette nunca os dias d'aquelles que são attingidos por ella. Sua acção, quando ella se faz sentir, dirige-se para as forças physicas da economia. O individuo moral só é atacado em circumstancias excepcionaes: quando a dôr se mostra muito frequente e muito intensa.

IX

TRATAMENTO

O tratamento das hemicranias deve dirigir-se aos accessos e, no seu intervavallo, ao estado geral, mais ou menos conhecido, que os determina.

Durante esses, se tem ensaiado todas as medicações *anti-nevralgicas* (antipyrina, pyramidon, phenacetina, opiaceos, etc.) e *digestivos* puramente symptomaticos.

Os allemães têm querido substituir esta therapeutica, quasi sempre inefficaz, por uma medicação, que consideram como pathogenica.

Segundo a forma da hemicrania, preconisam, os vaso-dilatadores, sejam chimicos, (nitritos de amyla ou ao contrario centeio espigado) sejam physicos (electricidade).

Na verdade uma vez o accesso declarado, é preferivel nos limitarmos á prescripção hygienicas: repouso no leito, silencio, obscuridade e suppressão de toda a alimentação.

Contra a tendencia á hemicrania, é evidente que uma medicação pathogenica seria muito melhor, mas é impossivel applicarmos no estado actual dos nossos conhecimentos. Acreditamos inutil e fastidioso transcrevermos o regimem, que é de uso se impôr aos arthriticos. O melhor é confessar que, até o presente, nenhum tratamento se tem mostrado satisfactorio a ponto de ser considerado especifico.

Observação n. 1

2 de Abril de 1909.

A. A. M., estudante de medicina, branco, solteiro, com 30 annos e natural da Bahia.

Ha seis mezes que, de duas ás tres horas da manhã, sente cephaléa intensa e faz esforços para dormir, mas não consegue senão cahir em estado de somnolencia.

Certas noites, quando a insomnia é mais completa, A. M. levanta-se do leito e põe-se a passear. Não tem desejo de dormir de dia.

Nenhuma perturbação apreciavel do estomago, faz suppôr que, em A. M., esteja a causa do seu sofrimento collocada nesse ponto. Sua refeição, á tarde, é ordinariamente copiosa.

Desde 20 annos, depois que tivera febre typhica, os ataques de hemicrania são frequentes.

Depois de 2 annos, de volta do sertão, (Queimadas) onde puzera em pratica uma hygiene precisa, A. M. declara estar completamente curado. A insomnia desapparecera e da mesma sorte a cephaléa.

Actualmente, A. M. pode supportar quinze dias de ergastenia intellectual e physica, intensas, sem a menor perturbação.

Observação n. 2

24 de Setembro de 1909.

G. S., senhora de quarenta e quatro annos, cigarreira, residente na Bôa Viagem.

Erythrose facial. Cephaléas frequentes. Perturbações digestivas antigas e importantes.

Tratamento, simplesmente dietetico.

8 de Outubro. O regimem tem sido bem observado.

A cephalalgia tem diminuido sensivelmente.

A paciente entrega-se, com muito gosto, aos trabalhos da sua profissão, o que não acontecia d'antes.

Observação n. 3

Junho de 1910.

C. E. S., branca, 17 annos, natural da Bahia e residente no Mar Grande.

Entrou para o Hospital, para tratar-se de um eczema da fronte, que dizia existir a 8 annos.

Nota-se, tambem, uma placa de prurido circumscripto, com lichenificação larga ao lado esquerdo do pescoço. Duas placas menores na nuca.

Hemicranias rebeldes e numerosas, um ou dous accessos, pelo menos, por semana. Cephaléa violenta, photophobia. Nauzeas.

Regimem alimentar apropriado.

28 de Junho. Melhora notavel do lado da pelle. Hemicrania menos violenta e mais espaçada.

6 de Julho. A hemicrania desapparece quasi completamente. Ha somente um ou dous accessos de cephaléa ligeira e de pouca duração (algumas horas).

As lesões cutaneas muito melhoradas. O regimem bem observado.

A doente continúa a comer e a beber os mesmos alimentos, e em quantidades iguaes.

10 de Julho retirou-se.

Observação n. 4

AUGMENTO DO NUMERO DAS HEMICRANIAS POR TACHYPHAGIA

8 de Outubro de 1910.

M. L., estudante de medicina, 22 annos, natural da Bahia.

Num primeiro periodo (longos annos) comia depressa (15 á 20 minutos) e copiosamente.

Hemicranias, duas vezes por mez, ás vezes, com vomitos.

Num periodo seguinte, faz refeições em casas de pasto. Tachyphagia notavel (10 à 12 minutos).

As hemicranias são mais frequentes, pelo menos, uma por semana.

Num outro periodo ainda, M. L. alimenta-se com sua familia e procura combater a tachyphagia (30 à 35 minutos de mastigação).

Em resumo, as hemicranias desapparecem pelo tratamento ataraxico. Verdadeira metamorphose, em alguns dias.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva

I A cabeça compõe-se de duas partes; *cranio* e *face*.

II O cranio é constituido por ossos, que se reunem para formar uma grande cavidade, dentro da qual se aloja o encephalo.

III A' face, de forma especial, da qual depende o aspecto particular do animal, é constituida por um grande numero de ossos, que formam cavidades, cujo fim é proteger os orgãos dos sentidos.

Anatomia Medico-cirurgica

I A região temporal é situada de cada lado das partes lateraes do cranio.

II E' limitada, para deante, pela apophyse orbitaria externa do frontal e os ossos malares: para atraz, pelo conducto auditivo externo e a base da apophyse mastoide; para baixo, pela

borda superior da arcada zygomatica, e, para cima, pela linha curva temporal.

III Os abcessos, muito raros nesta região, dividem-se em duas classes bem distinctas, segundo são sub ou super-aponevroticos: os primeiros residem para fora e os segundos para dentro da arcada zygomatica.

Histologia

I O grande sympathico apresenta, a estudar, um *cordão nervoso* e *ganglios.*

II O cordão apresenta-se sob forma de um nervo cinzento, composto de feixes mais ou menos volumosos, de fibras nervosas.

III A maior parte das fibras, que entram na composição desses feixes, pertencem á variedade das *fibras de myelina.*

Bactereologia

I O vibrião sceptico é um bastonete de tres millesimos de comprimento e de meio a um millesimo de largura.

II E' um germem anaerobio, só se desenvolvendo em presença do oxigenio em combinação.

III E' o microbio productor da gangrena gazosa.

Anatomia e Physiologia pathologicas

I Os nevromas são tumores constituidos por uma neoformação de tecido nervoso.

II Os nevromas dividem-se em duas variedades: uns são formados de *cellulas nervosas*; outras de *fibras nervosas*.

III Os tumores constituidos por cellulas nervosas, ou por elementos ganglionarios, são chamados *nevromas medullares* ou *ganglionares*.

Physiologia

I Distinguem-se as sensações; em sensações de contacto e sensações de pressão, as quaes differem apenas pela intensidade.

II A fineza da sensaçáo tactil pode ser apreciada á custa do *esthesiometro* ou do *compasso de Weber*.

III Um caracter importante das sensações tactis, caracter que è commum a todas as sensações, è que ellas persistem um certo tempo, depois que o excitante, que as tem provocado, cessa de agir.

Therapeutica

I Conhecem-se tres variedades de phenacetina: a *ortho*, a *meta* e a *para-phenacetina*.

II A eliminação deste medicamento faz-se em parte, pela urina, á qual o perchlorureto de ferro communica a coloração vermelha de Bourgogne.

III Como analgesico, a phenacetina tem sido empregada nas hemicranias.

Hygiene

I A desinfecção tem por fim impedir, paralysar o desenvolvimento dos germens ou destruil-os.

II Pode ser feita por meios mechanicos, por meios physicos e por meios chimicos.

III Dentre os meios mechanicos, ha a *batedura*, a *varredura*, a *ventilação*, a *agitação* e a *irrigação*.

Medicina legal e toxicologia

I O infanticidio é um crime de grande importancia, sob os pontos de vista social e legal.

II E' classificado entre os crimes, que devem ser mais severamente punidos.

III A penalidade varia de accordo com as epocas e os perigos

Pathologia Cirurgica

I O furunculo é de origem staphylococcica.

II Elle tem por séde o apparelho pilo-se-

baceo.

III O tratamento medico é substituido, muita vez, com proveito, pelo termocauterio.

Operações e Apparelhos

I A neurorraphia é uma operação que tem por fim affrontar superficies de secção nervosas.

II Ha uma *sutura por contacto* e uma *sutura á distancia.*

III A sutura nervosa é primitiva, quando se á emprega em uma lesão fresca, recente.

Clinica Cirurgica (1ª cadeira)

I As fracturas do cranio, na creança, são menos graves, que no adulto.

II Tendem-se a se localisar sobre o ponto ferido.

III Os accidentes consecutivos são menos frequentes e, em summa, as occasiões de operar são mais raras.

Clinica Cirurgica (2ª cadeira)

I A amygdalite chronica manifesta-se pela hypertrophia do tecido amygdaliano.

II A hypertrophia dirige-se pelos diversos elementos da amygdala, de onde resultam differentes formas.

III Segundo a variedade da hypertrophia, o *tratamento* comporta indicações differentes. (cauterisisação, ablação)

Pathologia Medica

I A dysenteria é algumas vezes acompanhada de arthrites.

II As manifestações articulares sobrevêm ora em um periodo avançado da molestia, ora na convalescencia.

III Conforme os casos, uma ou diversas articulações, são tomadas simultaneamente ou successivamente.

Clinica propedeutica

I Uma serie de ruidos diversos normaes e pathologicos nascem do interior do corpo.

II Para a audição nitida e isolada destes ruidos, nos servimos do *estethoscopio*, que faz o papel de conductor do som.

III O estethoscopio deve ser mantido recto, firmemente, sem nunca exercer pressão muito forte.

Clinica Medica (1ª cadeira)

I E' indiscutivel que a hemicrania é provocada, muitas vezes, por certos vicios de hygiene alimentar.

II Dentre esses vicios, collocam-se em primeiro plano, a mastigação ligeira (Tachyphagia)

III Cremos que, no regimem curativo a *Bradyphagia* é o elemento necessario.

Clinica Medica (2ª cadeira)

I A Hemicrania é uma molestia de accesso.

II E' excepcional o caso de dous accessos na mesma semana.

III Um accesso dura pelo menos seis horas e nunca se prolonga para mais de quarenta e oito horas.

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I Ha incompatibilidade entre duas substancias, quando podem constituir, por sua associação, uma mistura defeituosa, quer pela forma, quer pelos resultados physiologicos, aos quaes sua administração daria lugar.

II *A incompatibilidade chimica* é a mais importante de todas; comprehende um numero

consideravel de erros, que o medico deve evitar, de um modo absoluto.

III A regra unica é a seguinte; é preciso nunca associar substancias que, por uma reacção mutua, possam dar compostos nocivos.

Historia Natural Medica

I Todo organismo vivo è formado de pequenas massas materiaes, de dimensões definidas, visiveis ao microscopio, ás quaes se dá o nome de *cellulas elementos cellulares*.

II Tal nome lhe cabe, porque, pela maior parte, primitivamente pelo menos, essas massas tem a forma de uma vesicula.

III Denominam-se tambem *elementos anatomicos* ou *organicos*, *organismos elementares*; porque nelles residem os phenomenos da vida,

Chimica Medica

I A antipyrina tem por formula $C^{11}H^{12}Az^{2}O$.

II E' um pó branco, crystalino, de sabor amargo e fracamente salgado.

III E' um poderoso analgesico.

Obstetricia

I A auscultação fornece, na segunda metade da prenhez, dados de um valor consideravel para o diagnostico desta.

ll Percebem-se ruidos produzidos pelos movimentos activos do feto.

lll Mais importante é a verificação dos *ruidos do coração fetal.*

Clinica Obstetrica e Gynecologica

l O primeiro acto do parto termina com o nascimento da creança.

ll Uma vez fora, ficam ainda no utero todas as partes extra embryonarias do ovo.

lll O conjuncto desses orgaos, com o nome de annexos, é expulso em segundo acto e denomina-se *delivramento.*

Clinica pedriatica

l A amamentaçãô representa um papel saliente na prophylaxia das molestias infantis.

ll Comprehende esta a amamentação materna, a amamentação extranha e a amamentação artificial,

lll Sob todos os pontos de vista, a amamentação materna é a preferivel.

Clinica ophtalmoplegica

l O Eczema das palpebras é muito frequentes nas creanças.

II A forma *seborrheica* complica-se ás vezes de ulcerações graves da cornea.

III O tratamento do eczema das palpebras é local e geral.

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I O cancro simples é produzido pelo bacillo de Ducrey.

II E' de facil tratamento.

III A falta de cuidado pode trazer consequencias gravissimas.

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I Os imbecis podem ser, em certos casos, bem conformados, vigorosos e bonitôs.

II A's mais das vezes, entretanto, apresentam anomalias physicas, caracteristicas.

III O cranio, pequeno ou volumoso, affecta malformações e asymetrias, as mais variadas.

Visto — Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 Outubro de 1910.

O SECRETARIO,

Dr Menandro dos Reis Meirelles